

1. OBJETIVO

Garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes.

2. APLICAÇÃO

Centro Cirúrgico
Clínica da Dor
Consulta Pré-Operatória
Consultórios Médicos
Gastro-Hepato
Recepção de Unidades
Unidade de Internação

3. REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Identificação do Paciente.2013.
BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.
CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais.4ª ed. (editado por) Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2011.
Lei Municipal de Salvador, nº 7859 de 25 de maio de 2010.
ROT-ACL-001 – Identificação do Paciente.
PRT-NQS-002 – Protocolo Auditoria Interna.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

PSP-001-Plano de Segurança do Paciente.

4. DEFINIÇÕES

- **MSD** – Membro Superior Direito.
- **MSE** – Membro Superior Esquerdo.
- **NSP** - Núcleo de Segurança do Paciente.
- **Pacientes ambulatoriais** – considerar como pacientes ambulatoriais os pacientes atendidos nas salas de pequena cirurgia, terapia infusional e consultório médico que não geram internamento.
- **Pacientes homônimos** - Pacientes com o mesmo nome completo.
- **Transexual** – é uma pessoa que, por se sentir pertencente a outro gênero, podem manifestar o desejo de fazer uma cirurgia no seu corpo para mudança de sexo.
- **Travesti** – é uma pessoa que não se identifica com o gênero biológico e se veste e se comporta como pessoas de outro sexo.

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

5.1 - Identificação do Paciente:

- Identificar o paciente com pulseira de cor branca padronizada, utilizando dois identificadores: nome completo e data de nascimento.
- Identificar o paciente transexual ou travesti com o nome social entre parêntese do nome civil e data de nascimento.
- Utilizar pulseira branca de PVC atóxica, na falta da pulseira padronizada. Na falta desta, substituir por pulseira de esparadrapo, utilizando

CÓPIA NÃO CONTROLADA



PROTOCOLO		CÓDIGO PRT-DOP-001
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
ÁREA TODA A INSTITUIÇÃO	PÁGINA 3/11	ELABORADO EM: 20/04/2011 DATA: 26/03/2020 REVISÃO: 05

os dois indicadores. As especificações das pulseiras de identificação estão descritas no anexo I.

- Registrar, manuscritamente, com caneta esferográfica azul, os dados de identificação do paciente na pulseira, formulários do prontuário e livros de registros, na falta de energia elétrica e falha do sistema de informática.
- Posicionar a pulseira de identificação no membro superior direito (antebraço). No paciente mutilado, mastectomizados e/ou com cirurgia proposta no membro superior direito, a pulseira deverá ser fixada no membro superior esquerdo. Na ausência dos membros superiores e em crianças menores de três (03 anos), a pulseira será posicionada no tornozelo direito.
- Realizar a substituição da pulseira de identificação do paciente, quando esta estiver danificada ou ilegível.
- Retirar a pulseira de identificação do paciente após a confirmação da alta hospitalar. Tal procedimento será realizado pela equipe de enfermagem;
- Manter a pulseira de identificação do paciente, em caso de transferência externa, até o momento do encaminhamento para a unidade móvel (ambulância), conferindo-a com os dados contidos nos relatórios de transferência de enfermagem e médico.
- Manter a pulseira de identificação em caso de óbito do paciente, conferindo os dados de identificação do paciente com a declaração de óbito no momento do encaminhamento para a unidade móvel.

Nota 1: Em caso de Paciente Homônimo, a enfermeira da Unidade de Internação deverá registrar "PACIENTE HOMÔNIMO" no campo de observação do "Mapa de Cirurgias Agendadas", distribuir o paciente em unidades distintas e utilizar a capa específica do prontuário.

CÓPIA NÃO CONTROLADA



PROTOCOLO		CÓDIGO PRT-DOP-001
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
ÁREA TODA A INSTITUIÇÃO	PÁGINA 4/11	ELABORADO EM: 20/04/2011 DATA: 26/03/2020 REVISÃO: 05

Nota 2: No atendimento aos pacientes ambulatoriais (consultórios) a confirmação dos dados acontecerá na recepção, no momento da admissão, através da apresentação do documento de identificação com foto.

Nota 3: Devido ao limite de 40 caracteres no campo Nome (do paciente no sistema MV: para os casos que o nome completo ultrapassar a quantidade de caracteres será permitido a utilização do nome completo do paciente abreviado (somente abreviar o penúltimo sobrenome).

5.2 - Educação do Paciente / Acompanhante / Familiar / Cuidador

Orientar o paciente na consulta de enfermagem pré-operatória ou pré-anestésica quanto ao processo de identificação do paciente, explicando a sua importância como medida de barreira para evitar erros e conferência obrigatória pela equipe multiprofissional antes da realização dos cuidados.

5.3 - Confirmação da Identificação do Paciente antes do Cuidado:

- Confirmar com o paciente os dados de identificação contidos na pulseira e/ou etiqueta de identificação, antes da realização dos seguintes cuidados: consulta médica, admissão, administração de medicamentos, instalação de venóclise, realização de procedimentos invasivos, transferência (interna) para outra unidade, transferência externa e entrega da dieta. Em caso de criança, os dados deverão ser confirmados pelo responsável.
- Realizar a conferência da pulseira de identificação do paciente com os rótulos das soluções que serão utilizados, pelo profissional responsável pelo cuidado. Na impossibilidade da confirmação dos dados pelo paciente, esses

CÓPIA NÃO CONTROLADA

serão confirmados pelo familiar / acompanhante/ cuidador, que deverão participar de forma ativa no processo do cuidado.

- Chamar o paciente para a consulta médica identificando pelo nome e sobrenome.
- Confirmar os dados de identificação do prontuário com o paciente antes de iniciar a consulta médica.

5.4 - Confirmação da Identificação do Paciente no Consultório Médico:

No consultório médico, considerar como identificadores: nome completo do paciente e foto.

- Confirmar os dados de identificação do paciente com um documento que contenha foto.
- Cadastrar o paciente, conforme rotina “ROT-ACL-001 – Identificação do Paciente.”
- Chamar o paciente para a consulta médica identificando pelo nome e sobrenome.
- Confrontar o segundo identificador (foto), dentro do consultório, através da visualização da foto do paciente.

Nota 4: Para consulta de enfermagem e pré-anestésica, considerar como identificadores nome completo e data de nascimento.

6. INDICADORES DE DESEMPENHO

Notificar as não conformidades envolvendo identificação incorreta do paciente, através do sistema de notificação – GEOQ (anexo II), para subsidiar a implementação de medidas de melhorias.

Monitorar, mensalmente, o indicador “Taxa de conformidade na Identificação do Paciente” referente as ocorrências de erro de identificação, registrados no sistema de notificação – GEOQ, considerando os pacientes ambulatoriais (endoscopia e terapia Infusional) e internados.

7. GERENCIAMENTO DE RISCO

Analisar os riscos e barreiras inerentes ao processo de identificação do paciente, em cada processo assistencial, no Formulário “Matriz de Risco” (anexo III).

8. AUDITORIA DO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO

- Realizar, anualmente, ou quando necessário, a auditoria clínica do processo de identificação do paciente registrando-a no formulário “Auditoria do Processo de Identificação do Paciente (anexo IV), visando a avaliação do cumprimento deste protocolo.
- Os avaliadores das auditorias serão os colaboradores do Núcleo de Qualidade e Segurança. O formulário será respondido pela equipe de enfermagem e pelo paciente/acompanhante/cuidador.
- Atentar na auditoria que os pacientes de Endoscopia, Pequena Cirurgia e dos Consultórios Médico, que não realizam Consulta Pré-Anestésica, preencher os tópicos com a legenda “Não se Aplica (N/A)”.
- Elaborar, após auditoria, um relatório o qual será encaminhado ao NSP para avaliação.
- Registrar as não conformidades no sistema GEOQ, para que sejam realizadas as tratativas.

- Encaminhar os relatórios das auditorias às coordenações, para apresentação a equipe multidisciplinar.
- Elaborar um programa de melhoria envolvendo a equipe multiprofissional das unidades que apresentarem o indicador abaixo da meta proposta.
- Acompanhar as ações corretivas realizadas proveniente do Programa de Melhoria e do relatório da auditoria clínica.

9. QUADRO DE REGISTROS

Descrição do Registro	Armazenamento	Recuperação (acesso)	Tempo de Guarda	Descarte
Matriz de gestão de risco (anexo I)	Pastas de mapeamento de processo de cada setor	N/A	Vigência da matriz de risco	Lixo Comum
Checlist de auditoria do processo de Identificação do Paciente (anexo II)	Pasta própria do na sala da secretaria do NSP	Ordem cronológica	02 anos	Lixo Comum após picotar

10. ANEXOS

Anexo I - Pulseira de Identificação

Anexo II – Sistema de Notificação de Ocorrências- GEOQ

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Anexo III- Matriz de Gestão de Risco

Anexo IV- Checklist de auditoria do processo de Identificação do Paciente

11. ELABORAÇÃO / REVISÃO / APROVAÇÃO

Elaborado por	Revisado por	Aprovado por
Damares Luna Coordenadora de Atendimento	Christane Koester Coordenadora da Qualidade	Tania Chagas Diretora de Assistência
M ^{re} de Fátima Ribeiro Coordenadora de Internação	Francyne Lima Analista da Qualidade	
Mirian Barreto Coordenadora da Unidade Gastro Hepato		
Tania Chagas Diretora de Assistência		
Data: 20/04/2011	Data: 09/03/2020	Data: 26/03/2020
Vigência: 03 anos a partir da data de aprovação		Vigência: 26/03/2023

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Anexo I - Pulseira de Identificação

Pulseira de Identificação Padrão



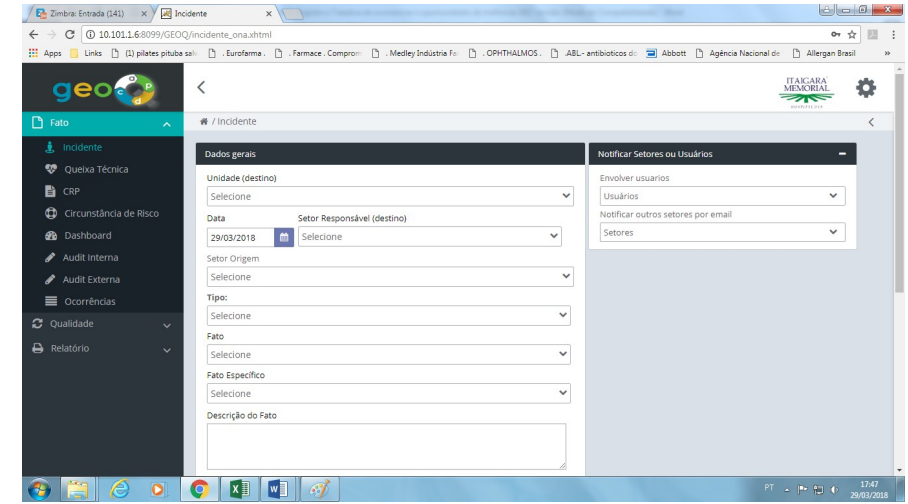
Pulseira de Identificação PVC Atóxica



Pulseira de Esparadrapo



Anexo II – Sistema de Notificação de Ocorrências- GEOQ



Anexo III- Matriz de Gestão de Risco

MATRIZ DE GESTÃO DE RISCO

UNIDADE: HDI () HDII () GH ()

SETOR	ETAPA	RISCO (MODO POTENCIAL DE FALHA)	TIPO	CAUSAS POTENCIAIS	EFEITO POTENCIAL	P	G	RISCO (P X G)	CÓDIGO DO PROCESSO / VERSÃO		BARRERA	CONTINGÊNCIA
									SEMIESTR./ ANTERIOR	SEMIESTR./ ATUAL		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		
								0	BANCO	BANCO		

Legenda: A - Assistencial / E- Equipamentos / F - Financeiro / I - Infraestrutura / Im-Imagem / J - Jurídico / MM Materiais e Medicamentos / P - Processos / PE-Pessoas/ O- Outros

Elaborado por: _____ Revisado por: _____ Aprovado por: _____
Data: _____ Data: _____ Data: _____



PROTOCOLO		CÓDIGO PRT-DOP-001
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		ELABORADO EM: 20/04/2011
ÁREA TODA A INSTITUIÇÃO	PÁGINA 11/11	DATA: 26/03/2020 REVISÃO: 05

Anexo IV- Checklist de auditoria do processo de Identificação do Paciente



CHECKLIST DE AUDITORIA DO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

UNIDADE: IMHD I () IMHD II () GASTRO HEPATO ()

DATA: ____/____/____

AVALIADOR:	SETOR AVALIADO:			OBSERVAÇÕES
	CONFORME	NÃO CONFORME	NÃO SE APLICA	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Paciente com pulseira de identificação?				
Pulseira de identificação localizada no membro indicado?				
Dados de identificação corretos?				
Dados de identificação legíveis?				
OUTRAS IDENTIFICAÇÕES				
Rótulos de medicações e/ou soluções identificados?				
Alergias identificadas com etiqueta no prontuário?				
AVALIAÇÃO DO PACIENTE (Abordar o paciente)				
O paciente foi orientado pela enfermeira na consulta pré-operatória?				
Paciente assimilou a importância do processo de identificação?				
A equipe de enfermagem está conferindo a pulseira de identificação antes do cuidado?				
AVALIAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM				
A equipe de enfermagem está consciente da importância do processo de identificação?				
A equipe de enfermagem está checando os dois identificadores definidos no protocolo de identificação?				
A equipe de enfermagem realiza a checagem da pulseira de identificação antes do encaminhamento do paciente para outra unidade?				
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (Apoio ao médico – Consultórios)				
As recepcionistas e os médicos chamam o paciente para atendimento pelo nome completo?				
Nos prontuários ambulatoriais constam os dois identificadores estabelecido na Política de identificação?				
No frasco coletor de exame de citopatologia constam os dois identificadores?				
As lâminas de citopatologia constam os dois identificadores?				
ASSINATURA DO AVALIADOR LÍDER:	ASSINATURA DO AVALIADOR:			

COC-IMHD-680

Versão 02 – Pag. 1/1

CÓPIA NÃO CONTROLADA